

**АНКЕТА НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

**ДЛЯ ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ:** Пожалуйста, заполните разделы с 1 по 7 на этой форме. Информация на этой форме будет проверена.

**Замечка:** Сохраните копию этой формы. Если вы не получили ответ в течение 30 дней, сообщите об этом представителю округа по номеру телефона указанному ниже, в разделе "ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ".

\* **НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ:** Вы обязаны предоставить свой(и) номер(а) социального страхования, как требуется в 42 USC 405 и MPP 30-769.71. Эта информация будет использована при определении вашего права на льготы и координации информации с другими агентствами.

НОМЕР ДЕЛА:			ДАТА ПОДАЧИ ФОРМЫ:		
1. ИМЯ, ФАМИЛИЯ				*НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	
АДРЕС				ПОЛ <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	
ГОРОД		почтовый индекс	телефон ( )	дата рождения	

2. Вы ветеран? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Вы супруг(а)/ребенок ветерана? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ЕСЛИ "ДА" ПРЕДОСТАВЬТЕ ИМЯ ВЕТЕРАНА И НОМЕР ИСКА.	
--	--	--	--	---	--

3. Получаете ли вы льготы SSI/SSP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ЕСЛИ "ДА", ОТМЕТЬТЕ ВИД ВАШЕГО ПРОЖИВАНИЯ: <input type="checkbox"/> Независимое проживание <input type="checkbox"/> Пансион и присмотр <input type="checkbox"/> Дом другого			
ЗАПРАШИВАЕМЫЙ ВИД УСЛУГ:					

4. Получали ли вы услуги по присмотру (IHSS) в прошлом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Если "ДА", заполните следующее:		
ДАТА И МЕСТО, ГДЕ В ПОСЛЕДНИЙ РАЗ УСЛУГИ БЫЛИ ПОЛУЧЕНЫ	КОЛ-ВО ЧАСОВ	ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ИМЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)

5. УКАЖИТЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ В СЕМЕЙНОЙ ГРУППЕ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	*НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ИМЯ СУПРУГИ(А) <input type="checkbox"/> ИМЯ РОДИТЕЛЯ <input type="checkbox"/>		
РЕБЕНОК/ДРУГОЙ РОДСТВЕННИК		
РЕБЕНОК/ДРУГОЙ РОДСТВЕННИК		

6. Закон требует, чтобы была представлена информация о национальном происхождении и родном языке. Если вы не заполните этот раздел, сотрудники отдела социальных услуг определяют это сами. Эта информация не повлияет на ваше право на получение услуг.		
A. Моя национальность (см. вторую стр. для правильного кода):	<input type="checkbox"/>	B. Я говорю и понимаю английский язык: мой родной язык (см. вторую стр. для правильного кода:)
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

7. Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является правдой, насколько это известно мне. Если подтверждение вышеуказанного потребует в будущем, я согласен полностью сотрудничать.			
ПОДПИСЬ ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ:	ДАТА:	ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ:	ДАТА:
АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: ( )	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПОДАЮЩЕМУ ЗАЯВЛЕНИЕ	

**FOR AGENCY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)**

INCOME ELIGIBLE: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	STATUS ELIGIBLE: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	VERIFICATION:	SIGNATURE OF SOCIAL WORKER OR AGENCY REPRESENTATIVE: ▶	TELEPHONE NUMBER: ( )
RECIPIENT STATUS: <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Cuban/Haitian Entrant		SOURCE OF VERIFICATION FOR REFUGEE OR ENTRANT STATUS (EXPLAIN)		

**RECERTIFICATION OF ELIGIBILITY FOR SERVICES OF STATUS ELIGIBLES**

DATE	SOURCE OF VERIFICATION	WORKER SIGNATURE	DATE	SOURCE OF VERIFICATION	WORKER SIGNATURE

**A. Коды этнических групп:**

1. Белые
2. Испанцы
3. Черные
4. Другие азиаты или жители Тихоокеанских о-вов
5. Американские индейцы или коренные жители Аляски
7. Филиппинцы
- С. Китайцы
- Н. Камбоджийцы
- J. Японцы
- К. Корейцы
- М. Уроженцы о-вов Самоа
- N. Азиатские индейцы
- Р. Уроженцы Гавайских о-вов
- В. Уроженцы о-ва Гуам
- Т. Лаосцы
- V. Вьетнамцы

**B. Коды языков:**

- |  |                  |
|--|------------------|
| O. Американский язык для глухонемых (AMISLAN или ASL)            | G. Миен          |
| 1. Испанский - NOA (извещение) будет выслано на испанском языке  | H. Монг          |
| 2. Кантонский диалект  | I. Лаосский      |
| 3. Японский  | J. Турецкий      |
| 4. Корейский   | K. Иврит         |
| 5. Тагальский  | L. Французский   |
| 6. Другой не английский  | M. Польский      |
| 7. Английский  | N. Русский       |
| 9. Испанский - NOA (извещение) будет выслано на английском языке | P. Португальский |
| A. Другой язык для глухонемых                                    | Q. Итальянский   |
| B. Мандаринский диалект  | R. Арабский      |
| C. Другой китайский язык   | S. Самоанский    |
| D. Камбоджийский   | T. Тайский       |
|  | U. Фарси         |
|  | V. Вьетнамский   |